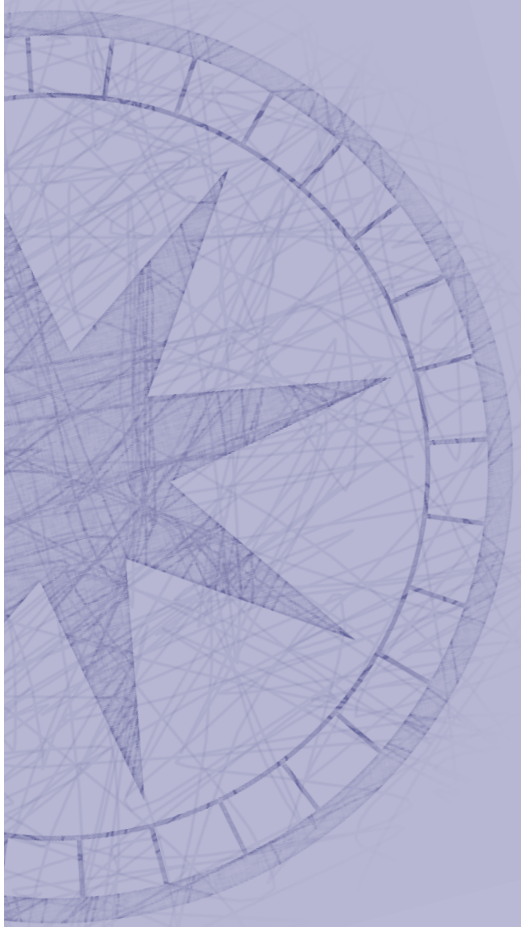
El plan de salud de su niño/a

7

7

El plan de salud de su niño/a

En este capítulo encontrará información sobre el plan de seguro médico o plan de salud de su niño/a. Coloque en este capítulo una copia del manual de beneficios del plan de salud del niño/a. Si no tiene esta información, hable con un representante de servicios para afiliados del plan o con la empresa donde trabaja.



Para obtener información adicional sobre seguros médicos, cómo pagar la atención médica de su niño/a y beneficios públicos, vea:

Secciones **Health Care** (Cuidado de la salud) y **State Agencies** (Agencias estatales) del ***Family TIES Resource Guide*** (Directorio de recursos Family TIES).

Your Guide to Managed Care in Massachusetts (Guía de atención médica administrada en el estado de Massachusetts), que puede obtener de la Massachusetts Division of Health Care Finance and Policy (División de Finanzas y Pólizas de Cuidado de la Salud del estado de Massachusetts). Solicite una copia gratuita llamando al 800-436-7757, 617-988-3175 (TTY), u obténgala en www.mass.gov/dhcfp/pages/dhcfp107.htm.

Paying the Bills: Tips for Families on Financing Health Care for Children with Special Needs (Cómo pagar las cuentas: Sugerencias de financiamiento de la atención médica para familias con niños/as con necesidades especiales), ofrecido por New England SERVE. Solicite una copia gratuita al 617-574-9493 u obténgala en www.neserve.org.

Llamadas a representantes de servicios para afiliados

Los representantes de servicios para afiliados del plan de salud del niño/a pueden ser de gran ayuda para usted, al responder preguntas sobre:

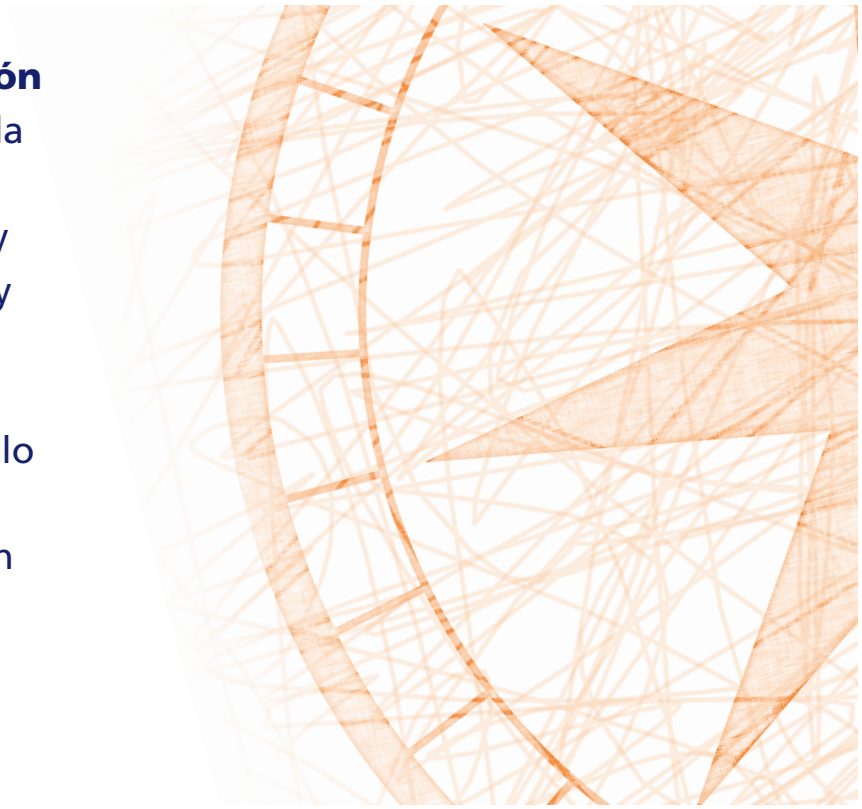
- Elegibilidad, cubierta de beneficios y registración en el plan de salud.
- Cómo obtener acceso a otros servicios, tal como la administración de casos.
- Cómo encontrar proveedores de cuidados primarios de la salud (PCP) o proveedores de servicios de salud especializados que pertenezcan al plan.
- Cómo cambiar el PCP del niño/a.
- Cómo funciona el proceso de autorización previa.
- Qué hacer si tiene una queja o inconformidad.
- Qué hacer si no está de acuerdo con una decisión tomada por el plan de salud y quiere apelar la decisión.
- Cobertura de los servicios que el niño/a recibe fuera del estado.
- Facturación.

Consejo:

Tenga a mano la tarjeta de seguro del niño/a al hacer la llamada. En la tarjeta encontrará el número telefónico del plan y el número de afiliación del niño/a. Escriba sus preguntas antes de hacer la llamada.

Administración de casos

La **administración de casos**, también llamada **administración de cuidado médico**, es ofrecida por varios planes de salud para facilitar a las familias el acceso y la coordinación de los servicios y beneficios.



Un administrador de casos (por lo general una enfermera o trabajadora social) trabajará con usted para:

- **Valorar las necesidades de atención médica del niño/a.**
- **Planificar y coordinar la atención médica del niño/a con el proveedor de cuidados primarios de la salud (PCP).**
- **Comunicarse con los proveedores de servicios de salud.**
- **Encontrar recursos y servicios.**
- **Mejorar la atención médica general del niño/a.**

Llame a un representante de servicios para miembros del plan de salud del niño/a para conocer más sobre los servicios de administración de casos.

Servicios de salud mental

Los servicios de salud mental y abuso de drogas y alcohol en ocasiones se llaman servicios de salud de conducta. La mayoría de los planes de salud pagan algunos servicios de salud mental. Los beneficios de servicios de abuso de drogas y alcohol varían según el plan. Algunos planes de salud colaboran con otros planes de seguros médicos especializados en salud mental y abuso de drogas y alcohol.

Consulte el manual de beneficios o llame a un representante de servicios para afiliados del plan de salud del niño/a para conocer más sobre los beneficios de salud mental.

Pregunte:

- Cómo encontrar a un proveedor de servicios de salud mental en el plan.
- El número de visitas como paciente externo de servicios de salud mental que el plan pagará cada año.
- El número de días de estadía en el hospital como paciente interno de servicios de salud mental que el plan pagará cada año.
- Cómo se hacen los arreglos para autorizar los servicios de salud mental como paciente externo o interno.
- Qué hacer en caso de emergencia mental.

Ley de paridad de salud mental

El estado de Massachusetts tiene una ley especial, llamada la Mental Health Parity Law (Ley de Paridad de Salud Mental), que exige a la mayoría de los planes de seguro del estado que ofrezcan igualdad de cobertura para problemas físicos y mentales. Por ejemplo, esta ley asegura que su niño/a reciba autorización para el número de visitas a consultorio o días de hospital por cuestiones de salud mental que necesita por razones médicas.

Para obtener más información sobre la Mental Health Parity Law (Ley de Paridad de Salud Mental), comuníquese con:

Health Law Advocates, Inc. (Defensores de Derecho de Salud), al 617-338-5241 o visite www.hla-inc.org/index.php

National Association of Social Workers (Asociación Nacional de Trabajadores Sociales), sección del estado de Massachusetts, al 617-227-9635 o visite www.naswma.org

PAL Parent Resource Network Hotline (Línea telefónica de la red de recursos PAL para padres de familia), al 866-815-8122 o visite www.ppal.net

El proceso de autorización previa

La autorización previa, también llamada aprobación previa, consiste en obtener permiso del plan de salud del niño/a antes de que el niño/a pueda utilizar un servicio o tipo de equipo especial. Por lo general es responsabilidad del proveedor de cuidados primarios de la salud (PCP) del niño/a o de otro proveedor de servicios de salud obtener la autorización previa del plan de salud.

Ejemplos de servicios que usualmente requieren autorización previa:

- La mayoría de las admisiones a un hospital
- Procedimientos médicos
- Cirugías (programadas)
- Algunos exámenes y consultas (por ejemplo, una segunda opinión)
- Equipo médico duradero
- Servicios de salud en el hogar
- Terapia de paciente externo (por ejemplo, terapia física, ocupacional y del habla)

Necesidad médica

En algunos casos, el PCP del niño/a tendrá que redactar una carta de **necesidad médica** para el plan de salud. En esta carta se especifican las razones médicas por las que el niño/a requiere un servicio o equipo especial.

En el estado de Massachusetts, el término **necesidad médica** significa "servicios de salud que son *congruentes con los principios generalmente aceptados de la práctica médica profesional, determinado por el hecho de que el servicio*:

1) Sea el suministro o nivel de servicio más apropiado para el asegurado en cuestión, considerando los posibles beneficios y perjuicios para la persona;
2) Tiene récord de ser eficaz, basado en pruebas científicas, normas profesionales y la opinión de expertos, para mejorar los resultados de salud; o
3) Se basa en pruebas médicas, en el caso de servicios o intervenciones que no sean de uso general".

(Massachusetts Department of Public Health, Office of Patient Protection (Departamento de Salud Pública de Massachusetts, Oficina de Protección del Paciente), 800-436-7757, www.mass.gov/dph/opp.)

Cada plan tiene sus propios procesos de autorización. Obtenga información sobre el proceso en el plan de salud de su niño/a para que sepa qué hacer si su niño/a necesita servicios que requieren autorización previa.

Comuníquese con un representante de servicios para afiliados o con el administrador de casos del plan de salud del niño/a para obtener más información sobre el proceso de autorización previa.

El proceso de apelación

Si usted no está de acuerdo con una decisión tomada por el plan de salud del niño/a, usted o el proveedor de cuidados primarios de la salud (PCP) del niño/a puede apelar al plan. Por ejemplo, usted puede solicitar que se revise una decisión si:

- El plan se rehúsa a pagar el tratamiento que usted y el PCP del niño/a consideran necesario.
- El plan le informa que dejará de pagar un tratamiento.

Consulte el manual de beneficios o llame a un representante de servicios para afiliados del plan para obtener más información sobre cómo apelar una decisión. Solicite una copia de la póliza del plan sobre autorizaciones previas y apelaciones. El representante de servicios para afiliados trabajará con usted para hallar la mejor forma de resolver el problema.

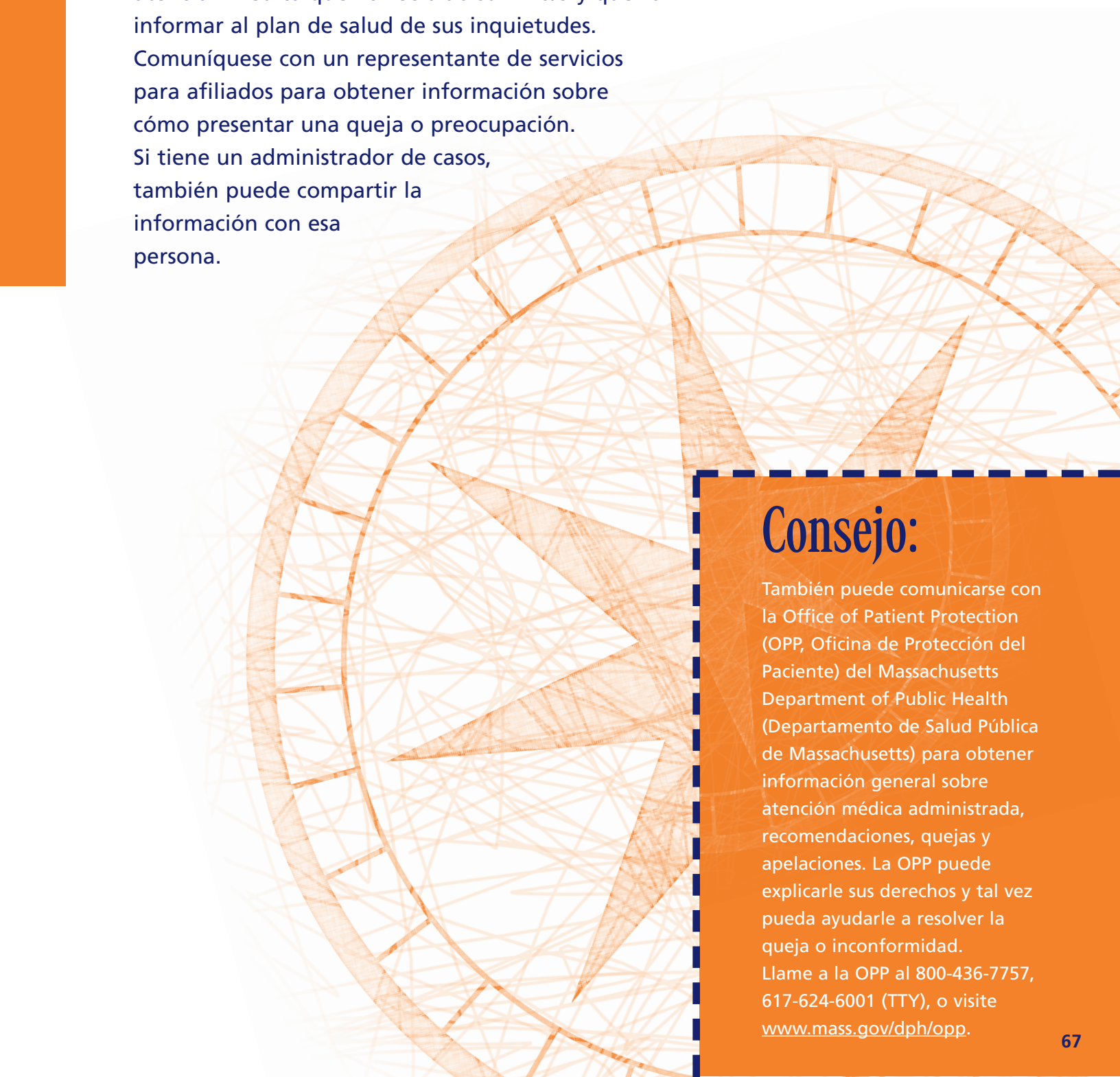
Si su apelación es rechazada por el plan de salud, es posible que tenga derechos adicionales a través del Office of Patient Protection (OPP, Oficina de Protección del Paciente) del Massachusetts Department of Public Health (Departamento de Salud Pública de Massachusetts). La información sobre sus derechos adicionales debe estar incluida en la carta final de rechazo que reciba del plan de salud. Tenga presente que en algunos planes las decisiones no pueden someterse a la revisión externa de la OPP.

Consejo:

Las leyes federales exigen que un plan de salud le conceda un plazo de 180 días, a partir de la fecha de servicio, para apelar una decisión. Lo mejor es presentar la apelación en cuanto pueda. No olvide mantener un registro escrito de todo lo que haga y de todas las personas con las que hable. También conserve copias de las cartas que envíe y los formularios que llene.

¿Qué debo hacer si tengo una queja o protesta?

En ocasiones, usted no estará satisfecho con la atención médica que ha recibido su niño/a y querrá informar al plan de salud de sus inquietudes. Comuníquese con un representante de servicios para afiliados para obtener información sobre cómo presentar una queja o preocupación. Si tiene un administrador de casos, también puede compartir la información con esa persona.



Consejo:

También puede comunicarse con la Office of Patient Protection (OPP, Oficina de Protección del Paciente) del Massachusetts Department of Public Health (Departamento de Salud Pública de Massachusetts) para obtener información general sobre atención médica administrada, recomendaciones, quejas y apelaciones. La OPP puede explicarle sus derechos y tal vez pueda ayudarle a resolver la queja o inconformidad. Llame a la OPP al 800-436-7757, 617-624-6001 (TTY), o visite www.mass.gov/dph/opp.

Cambio de plan de seguro médico

Si el plan de de seguro médico de su niño/a cambia:

- Aprenda todo lo que pueda antes del cambio.
- Asista a los talleres informativos sobre las distintas opciones del plan.
- Tan pronto como pueda, comuníquese con un representante de servicios para afiliados del **nuevo** plan de salud. Obtenga un manual de beneficios y una lista de los proveedores de cuidados primarios de la salud (PCP) y especializados de la red. Infórmese de cómo el **nuevo** plan le ayudará a efectuar la transición de los servicios actuales que recibe su niño/a.
- Infórmese sobre la red de proveedores de servicios de salud del **nuevo** plan de salud. Revise si el PCP y los proveedores de servicios especializados de su niño/a forman parte de la red del **nuevo** plan de salud.
- Informe a todos los proveedores de servicios de salud del niño/a sobre el cambio de seguro. Esto incluye a proveedores de servicios de salud en el hogar, equipo médico duradero y farmacias. Asegúrese de tener el nombre y la información de afiliación del **nuevo** plan de salud cuando llame.
- Si alguno de los proveedores de servicios de salud **actuales** del niño/a **no** está cubierto por el **nuevo** plan, hable con los proveedores actuales sobre el cambio y infórmese de cómo obtener **nuevos** proveedores.
- Si trabaja con un administrador de casos en el plan de salud **actual**, comuníquese con esa persona en cuanto sepa del cambio. El administrador de casos podrá ayudarle en la transición.